

**Отказ от дальнейшего лечения:**

На основании ст. 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан я,

находясь на стационарном лечении в  
отделении МУ «Порховская ЦРБ»  
отказываюсь от предложенного мне дальнейшего лечения.

Моим лечащим врачом \_\_\_\_\_ мне  
разъяснены возможные последствия отказа от прекращения лечения, а  
именно:

- повторный рецидив заболевания,
- осложнения заболевания,
- смерть.

Все разъяснения получены  
мною, \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме, у  
меня была возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я, \_\_\_\_\_, осознаю все  
возможные последствия моего решения об отказе от дальнейшего лечения в  
стационаре и не буду иметь каких-либо претензий к лечебно-  
профилактическому учреждению МУ «Порховская ЦРБ» в случае развития  
негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент (или законный представитель)

\_\_\_\_\_  
(подпись,  
фамилия, имя, отчество, дата).

Лечащий врач

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_